

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 14ª REGIÃO
PROCESSO: 01276.2006.004.14.00-8
CLASSE: RECURSO ORDINÁRIO
ÓRGÃO JULGADOR: 2ª TURMA
ORIGEM: 4ª VARA DO TRABALHO DE PORTO VELHO (RO)

ACIDENTE DE TRABALHO. NÃO FORNECIMENTO DE EPI'S. DANO. NEXO CAUSAL. CULPA. PENSIONAMENTO. Reconhecido o nexo de causalidade entre o dano à saúde do trabalhador e o acidente, e estando comprovada a incapacidade laborativa por culpa da empresa que, ao transportar carga química perigosa/insalubre, não forneceu EPI para a vítima, deve o empregador ser condenado ao pagamento de pensão, a título de lucros cessantes (renda que o trabalhador deixou de auferir em razão de sua incapacidade laborativa). Considerando que a culpa foi exclusiva da empresa, e a incapacidade total, o valor da pensão mensal deve equivaler ao do último salário recebido, convertido em salários mínimos (CPC, art. 475-Q, § 4º), e é devida a partir do afastamento do trabalhador para tratamento de saúde.

REFLEXÕES SOBRE UMA DECISÃO JUDICIAL DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO

REFLECTIONS ABOUT A JUDICIAL SENTENCE
OF THE REGIONAL LABOUR TRIBUNAL

Maria Maeno^(*)

INTRODUÇÃO

Com o advento da *internet* e a agilização da divulgação de notícias em geral, tornam-se também mais acessíveis os processos judiciais e sentenças, antes conhecidos praticamente pelas partes e por profissionais do campo jurídico.

(*) Médica, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pesquisadora da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho — Fundacentro — Ministério do Trabalho e Emprego, docente do curso de Mestrado de Gestão Integrada de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente — Senac — São Paulo. E-mail: <maria.maeno@fundacentro.gov.br>. Recebido em 02.10.08. Aprovado em 15.01.09.

No caso dos processos referentes a acidentes de trabalho, apesar do acesso facilitado, nem sempre é simples para os leigos o entendimento das diversas facetas que permeiam suas folhas, em geral, mais de uma centena, carregadas de teorias e conhecimentos que ultrapassam o campo jurídico, adentrando pela medicina, química, física, psicologia, engenharia, ergonomia, sociologia, economia e ética, apenas para citar algumas das áreas, sem contar as suas subáreas.

Este artigo tem o objetivo de analisar alguns aspectos de um recurso ordinário feito pelo reclamante em um processo referente a um acidente de trabalho e da reconsideração de votos feita pelas juízas relatora e revisora, fundamentada em considerações de grande profundidade.

I. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso e o material analisado foi um relatório de um recurso ordinário do reclamante de um processo de vara trabalhista, em nível de Tribunal Regional do Trabalho. Alguns aspectos considerados relevantes do ponto de vista da saúde, de competências e da ética profissional foram destacados e discutidos, com fundamentação em referências bibliográficas atualizadas.

II. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O reclamante, que trabalhava na carga e descarga de uma empresa transportadora, argumentou em processo na vara do trabalho, que durante a execução de suas atividades laborais, sofrera uma exposição de grande intensidade ao formol em outubro de 2000 e que após esse episódio passara a apresentar sintomas variados, sendo diagnosticada hipertensão arterial e insuficiência renal crônica, que o obrigava a tratamentos de hemodiálise.

A sentença em primeira instância havia sido desfavorável ao reclamante, que apelou para o Tribunal Regional do Trabalho (TRT) por meio de recurso. O julgamento dos casos de recursos no TRT é feito por votos de três desembargadores, entre os quais um relator, um revisor e um terceiro juiz.

O relatório do recurso ordinário em questão esclareceu que, inicialmente, a juíza relatora e a juíza revisora haviam votado pelo seu não provimento, com manutenção da sentença em primeiro grau. Informou ainda que o terceiro juiz, no seu voto, pediu vistas e interpretou a prova de maneira diferente, o que motivou a mudança de voto tanto da juíza relatora como da juíza revisora. Esse fato resgata a credibilidade do Poder Judiciário e daqueles que, munidos de todas as informações e ponderações, têm a atribuição de

julgar a pertinência de pleitos, cujos resultados sempre implicam repercussões importantes no destino particularmente dos reclamantes. Evidencia que, à luz de novas reflexões, podem ocorrer mudanças no julgamento.

III. ÉTICA E COMPETÊNCIAS

Uma questão destacada pela juíza relatora permeou a íntegra do relatório. Foi o fato do perito judicial nomeado trabalhar no mesmo consultório que a assistente técnica da reclamada, o que por si só trouxe o potencial de suscitar a dúvida sobre quanto de influência pode ter ocorrido sobre o seu parecer. Embora do ponto de vista da legislação, nada impeça o médico em questão aceitar a nomeação judicial, do ponto de vista ético há o que se discutir. O código de ética médica⁽¹⁾ não prevê a situação especificada citada no relatório, mas alguns de seus artigos revelam a preocupação com as condições que possam dar a necessária isenção que o médico, na função de perito, deve ter em relação ao periciando. O art. 118 do código de ética em questão explicita que é vedado ao médico “deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competências” e o art. 120 ressalta que é vedado ao médico “ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho”. Este último artigo, embora se refira ao periciando, permite inferir que relações que possam influenciar o trabalho pericial devem ser evitadas. Finalmente, o art. 8º do mesmo código revela que o médico deve buscar as condições efetivas para que possa desenvolver o seu trabalho com liberdade. No caso, nas circunstâncias postas, a postura adequada do médico teria sido a de recusar a nomeação, visto que essa conduta teria sido mais simples do que mudar de consultório ou não manter relações profissionais com a colega em questão. Não o tendo feito, a juíza relatora destacou que “no mínimo, há que se analisar com ressalvas a conclusão dessa perícia”.

No corpo do relatório, há considerações sobre evidências da influência da assistente da reclamada sobre o perito. Uma delas, quando o perito se esquivou de respostas diretas aos quesitos das partes, “limitando-se a fazer um estudo sobre conceitos na bibliografia que tinha disponível” ao concluir que “conforme os dados e informações acima apresentados, não existem relatos, na literatura disponível, da ocorrência de insuficiência renal crônica, que leva o paciente à hemodiálise por inalação de formaldeído (formol)”. E que, embora o nefrologista, em sua manifestação, afirmou que “até o presente

(1) CFM — Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, de 26 de janeiro de 1988.

momento não foi reportado, nem no Brasil ou outros países, a ocorrência de insuficiência renal crônica por inalação de formaldeído (formol)”. A juíza relatora citou o sítio eletrônico do Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽²⁾, no qual há informações sobre possibilidades de lesão renal, após a inalação do formaldeído e um livro de um toxicologista, que menciona a possibilidade de ocorrência de oligúria, albuminúria, hematúria e anúria.

Outra evidência mencionada no relato, da existência de influência da assistente técnica da empresa sobre o perito, foi a recusa do perito em responder ao quesito do reclamante quanto à existência do nexo causal ou concausal com a atividade desenvolvida. O relatório mencionou a “forma pouco elegante do perito, que apenas escreveu ‘deve responder o Médico do Trabalho’”. Cabe neste ponto uma discussão sobre os papéis dos profissionais de saúde e confusões criadas quando o assunto envolve interesses conflitantes.

A título de ilustração, pode-se citar uma prática antiga e muito bem aceita pela sociedade, qual seja, a notificação de determinados agravos à saúde da população. Segundo *Maria da Glória Teixeira e col.*⁽³⁾, embora a primeira lista de doenças de notificação compulsória talvez remonte ao ano de 1377, em Veneza, somente em maio de 1951, foi formulado o primeiro Regulamento Sanitário Internacional. No Brasil, em 1961, o Decreto n. 49.974 — A instituiu as “Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde”, que determinavam 45 doenças, além de outras viroses humanas e os infortúnios do trabalho, como de notificação compulsória. Mas segundo a autora, somente em 1969 teve início a notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis. Atualmente, a notificação é a comunicação da ocorrência de determinados agravos à saúde e deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para que medidas de intervenção sejam implementadas, ao mesmo tempo em que um acompanhamento e caracterização das ocorrências possam ser feitos. De forma geral, essa notificação é apoiada pelos mais diferentes setores da sociedade e é vista com simpatia como um procedimento constituinte de um sistema destinado a proteger a saúde coletiva.

Até 2004, esse sistema de informação de doenças de notificação compulsória (SNDIC) excluía os acidentes e doenças profissionais e relacionadas ao trabalho. Esses agravos, segundo a legislação (Lei n. 8.213/1991 e Decreto 3.048/1999), deviam ser notificados à Previdência Social e não às autoridades sanitárias. Pela natureza do órgão ao qual eram notificados os agravos,

(2) INSTITUTO Nacional do Câncer — INCA. Formol ou formaldeído. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=795>. Acesso em: 08 maio 2009.

(3) TEIXEIRA, M. G.; PENNA, G. O.; RISI, J. B.; PENNA, M. L.; ALVIM, M. F.; MORAES, J. C.; LUNA, E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.

ficavam excluídos os trabalhadores que não fossem segurados da Previdência Social. Em 2004, foi publicado um dispositivo legal por parte do Ministério da Saúde (Portaria n. 777/2004) que determinou a notificação compulsória de 11 agravos relacionados ao trabalho, quais sejam, os acidentes graves ou mutilantes, fatais e ocorridos em menores de 18 anos, acidentes com exposição a material biológico, intoxicações exógenas, câncer, lesões por esforços repetitivos, transtornos mentais, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído e dermatoses.

Algumas diferenças entre a notificação desses agravos à Previdência Social e ao setor Saúde implicam mudanças de paradigmas. Em primeiro lugar, a população abrangida pela Saúde é a totalidade dos que trabalham, independentemente do vínculo empregatício. Em segundo lugar, a notificação à Previdência Social é de responsabilidade da empresa na qual trabalha o acidentado ou adoecido, enquanto a notificação no âmbito do setor Saúde é de responsabilidade do profissional de saúde que presta atendimento. Em terceiro lugar, embora a notificação à Previdência Social não tenha um caráter restrito à concessão de benefícios por incapacidade, na prática, é nos casos de incapacidade laboral maior que 15 dias que ocorre a notificação, uma vez que esse é o período pelo qual a empresa é responsável pelo pagamento ao trabalhador em casos de afastamento do trabalho. Já no âmbito da Saúde, a notificação não tem qualquer objetivo pecuniário, restringindo-se ao desencadeamento de ações preventivas.

O sub-registro dos acidentes do trabalho, de forma geral, tem sido identificado em vários estudos⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Quando se trata de doenças relacionadas ao trabalho, esse sub-registro é mais expressivo e vários são os fatores que concorrem para a sua existência. Esses fatores são variados, mas, para o objeto deste artigo, será discutido o papel que se atribui ao médico do trabalho. René Mendes e Elizabeth Costa Dias⁽⁸⁾ fizeram um histórico e discussão conceitual sobre o papel da medicina e do médico dentro das empresas, desde a forma como nasceu o primeiro serviço de medicina do trabalho dentro de uma empresa, em 1830, passando pelo conceito de saúde ocupacional e de saúde do trabalhador. Relataram que o primeiro serviço de medicina do trabalho nasceu a partir de uma pergunta feita por um empresário do

(4) BINDER, M. C.; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso? In: MENDES, René (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 769-808.

(5) BINDER, M. C.; CORDEIRO, R. C. Subnotificação de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 409-416, 2003.

(6) CONCEIÇÃO, P. S. A.; NASCIMENTO, I. B. O.; OLIVEIRA, P. S.; CERQUEIRA, M. R. M. Acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 111-117, 2003.

(7) SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes do trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

(8) MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

ramo têxtil a um médico, sobre o que deveria fazer para propiciar uma assistência aos seus trabalhadores. Estavam em plena Revolução Industrial, época em que os trabalhadores eram submetidos a processos de trabalho insalubres, perigosos e penosos. Segundo os autores, a resposta do médico foi:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado.

Luiz Carlos Fadel de Vaconcellos⁽⁹⁾, na mesma linha, discute o papel da medicina do trabalho. Sustenta que atuação do médico do trabalho, que tem o mesmo contratante da força de trabalho, objeto de sua atenção, é voltada para a avaliação da incapacidade do trabalhador para o processo de trabalho em questão, sendo o médico, nesse caso, um agente controlador da força de trabalho a serviço do contratante. Portanto, não tem o médico do trabalho de empresa qualquer papel de “cuidador” do trabalhador, seja para fazer o diagnóstico de um adoecimento, seja para acompanhar e zelar pela sua recuperação. Para isso, vale-se da rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de serviços contratados ou conveniados pela empresa. Sendo o trabalho desse profissional em questão voltado para o trabalhador enquanto força produtiva, poder-se-ia esperar dele procedimentos de investigação e identificação de causas de adoecimento decorrentes do trabalho, para que, eliminadas ou minimizadas essas causas e diminuída a morbidade ou mesmo a mortalidade dos trabalhadores, houvesse uma economia financeira para a empresa. No entanto, pela própria natureza do contrato do médico pela empresa, seria pouco provável que, ao fazer uma investigação e concluir pela origem ocupacional de um agravo à saúde, também o notificasse aos órgãos públicos, como previsto em legislação, o que implica, nos casos de incapacidade por mais de 15 dias, recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) pela empresa e estabilidade do empregado por um ano após o retorno ao trabalho.

(9) VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1105-1115, 2006.

A despeito da associação nacional dessa categoria profissional⁽¹⁰⁾ ter em seu estatuto, entre suas finalidades, as de “defesa da saúde do trabalhador”, considerando o histórico e a trajetória da medicina do trabalho, é importante a reflexão de que a atual forma de vínculo empregatício desse profissional com a empresa não colabora para o cumprimento dessa finalidade.

Assim, no caso em questão, objeto de análise deste artigo, ao escrever que o nexo causal ou concausal entre o adoecimento e o trabalho deveria ser estabelecido pelo médico do trabalho e não por ele, o perito imputou ao colega, cujo contrato é com a empresa do reclamante a responsabilidade de explicitar eventualmente que as causas do agravo eram relacionadas às condições de trabalho de sua contratante.

IV. O MÉDICO PERITO COMO ASSESSOR TÉCNICO DO JUIZ

Cabe aqui a reflexão das atribuições da perícia médica em um processo judicial trabalhista⁽¹¹⁾ que trate de adoecimento. Ao médico perito cabe realizar uma ampla pesquisa bibliográfica sobre o assunto em pauta, uma análise aprofundada dos documentos disponíveis no processo, solicitar outros que contenham informações adicionais e, utilizando seus conhecimentos clínicos, expor ao juiz, o máximo de elementos para que o julgamento possa ser feito com base técnica do campo da medicina e de outras ciências da saúde, da higiene ocupacional, da ergonomia e de outros pertinentes, no tocante ao diagnóstico, à existência e extensão da incapacidade e à associação causal entre o quadro clínico e as condições de trabalho a que se submeteu o trabalhador. Essa condição de plena autonomia, que a nomeação judicial confere e que o médico do trabalho não tem, deve ser explorada ao máximo, contribuindo para a ocorrência de um julgamento justo e fundamentado. Ressalte-se que não cabe ao médico perito julgar. Este é um papel exclusivo do juiz.

No tocante aos elementos necessários para o estabelecimento do nexo causal entre uma doença e as condições de trabalho e definição de incapacidade, há que se questionar sempre a finalidade de tais procedimentos. Se o estabelecimento do nexo causal implicar a notificação ao sistema de saúde para desencadear ações de vigilância, pelos princípios do SUS, qualquer profissional de saúde deve fazê-lo, conforme regulamentação por parte do Ministério da Saúde ou mesmo dos gestores das esferas estaduais e municipais. Isso é válido também para a notificação ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), autarquia do Ministério da Previdência Social. Nos casos em

(10) ANAMT — Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Estatuto da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/documentos/estatuto_1997.pdf>.

(11) MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 341-349, 1991.

que houver incapacidade de trabalho por prazo de até 15 dias de um trabalhador segurado do INSS, essa incapacidade deve ser atestada por médico assistente. A partir do 16º dia, o perito do órgão segurador é o designado para estabelecer a existência de incapacidade e denexo causal com o trabalho, que implica a concessão ou não de benefício por incapacidade laboral e a definição da espécie desse benefício (se acidentário ou não acidentário).

Embora teoricamente os objetivos dos procedimentos relativos à determinação da incapacidade sejam claros e aparentemente simples, de fato, interesses diversos podem influenciar normatizações indevidas pelos órgãos de classe. A título de exemplo, observe-se uma resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) que esteve em vigor de 2005 a 2007⁽¹²⁾. Essa resolução restringia a autonomia do médico assistente ao determinar que “o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal para fins de perícia médica, deve conter apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do paciente”, o que implica a concessão ou não de benefício por incapacidade laboral e a definição da espécie desse benefício (se acidentário ou não acidentário).

o atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deverá conter informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do paciente, podendo sugerir afastamento, readaptação ou aposentadoria, ponderando ao paciente, que a decisão caberá ao médico perito⁽¹³⁾.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) reafirmou redação similar, já constante em resolução anterior do órgão⁽¹⁴⁾, garantindo a necessária autonomia ao médico assistente e explicitando que “a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação” cabem ao médico perito⁽¹⁵⁾. Falta precisão conceitual nas referidas resoluções, quando definem readaptação como benefício previdenciário, sendo que a legislação

(12) CREMESP — Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP n. 126, de 17 de outubro de 2005. Dispõe sobre a realização de perícia médica e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. Poder Executivo, São Paulo, SP, de 19 de novembro de 2005. Seção I, p. 172.

(13) CREMESP — Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP n. 167, de 25 de setembro de 2007. Altera art. 8º da Resolução CREMESP n. 126, sobre perícia médica, de 17 de outubro de 2005. *Diário Oficial do Estado*. Poder Executivo, São Paulo, SP, de 12 de fevereiro de 2008. Seção I, p. 176.

(14) SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes do trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

(15) CFM — Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.851, de 14 de agosto de 2008. Altera art. 3º da Resolução CFM n. 1658, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências, de 20 de dezembro de 2002. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, de 18 de agosto de 2008. Seção I, p. 256.

previdenciária define “reabilitação profissional” como uma das condições de concessão de benefício. O Decreto n. 3.048/99, quando trata da “readaptação profissional promovida pela empresa” define que essa condição não dará ensejo ao benefício concedido ao segurado, denominado auxílio-acidente, garantido àquele cuja capacidade de trabalho tenha sido reduzida parcial e permanentemente. Falta precisão conceitual às atuais resoluções dos conselhos de classe citados, mas não há dispositivos de restrição à boa prática médica.

Um recurso que deve ser utilizado pelo médico perito nomeado pelo juiz é o levantamento exaustivo de dados da época em que ocorreu o acidente. Esse procedimento é particularmente determinante quando a perícia médica é realizada após certo tempo da ocorrência do acidente, pois, muitas vezes constata-se modificações das condições de trabalho ou mesmo encerramento das atividades da empresa. Nesse caso, não deve o perito conformar-se com o fato, podendo utilizar vários recursos, entre os quais, o levantamento de documentos da empresa em questão, de documentos de órgãos públicos, particularmente os de vigilância sanitária e centros de referência em saúde do trabalhador do SUS e os de inspeção trabalhista do Ministério do Trabalho, de entidades sindicais e outras publicações.

A inspeção do local da ocorrência, a coleta de informações dos trabalhadores e representantes da empresa, o depoimento da entidade sindical e a pesquisa de documentos da época são os pilares para a reconstituição das circunstâncias em que o acidente ocorreu.

Outro aspecto, levantado pelo relato da juíza, foi a temporalidade, ao destacar que o médico perito do caso partiu da premissa de que o reclamante era hipertenso, imputando à hipertensão arterial a causa da insuficiência renal crônica, sem elucidar se a hipertensão existia antes da exposição ao formol, em agosto de 2000. Ressaltou a juíza que essa afirmação do perito havia sido baseada exclusivamente no atestado médico datado de 09 de abril de 2004 cujos dizeres eram de que o paciente tinha “insuficiência renal crônica por hipertensão arterial sem tratamento e manipulação de substância tóxica em seu trabalho diário”. Associando a falta de informações sobre a existência de hipertensão arterial antes da exposição à substância química à afirmação do próprio perito de que “o aparecimento tardio de hipertensão arterial pode indicar que ela é consequência de uma nefropatia crônica”, concluiu a juíza pela existência de nexo de causalidade entre o problema renal adquirido e a exposição ao formol.

Destacou também que não cabia ao reclamante provar que não era hipertenso antes da exposição e sim à empresa. E mesmo que, porventura, o reclamante fosse já hipertenso antes da exposição ao formol, que deveria ter sido diagnosticado e tratado para a prevenção de complicações. O racio-

cínio da juíza baseia-se no modelo de *Leavell & Clark*⁽¹⁶⁾, utilizado para a compreensão do processo de adoecimento e nas possíveis intervenções para se impedir, se não o próprio adoecimento, o seu agravamento e consequentes limitações funcionais. Argumentou que os exames médicos admissionais e periódicos determinados na legislação trabalhista deveriam ter sido realizados, o que teria permitido o diagnóstico.

Também destacou o depoimento da única testemunha que declarou que o reclamante só passou a se dizer doente, com emagrecimento de cerca de 25 quilos em 2 meses e incapaz de trabalhar com carga e descarga, somente após a exposição ao formaldeído.

Essas considerações da juíza relatora reforçam a necessidade de se esgotar os esforços para que o máximo de informações e elementos sejam coletados para uma análise do médico perito e uma adequada exposição ao juiz do caso, possibilitando um julgamento sob bases sólidas.

V. COMPLEXIDADE DO ADOECIMENTO

Finalmente, o último tema a ser abordado neste artigo, é a complexidade do adoecimento e do estabelecimento da relação de causa-efeito.

Os trabalhadores são parte da população geral, e assim como ocorre em geral, adoecem e morrem, conforme gênero, faixa etária, hábitos alimentares, região de moradia, estrato socioeconômico. Em particular, dependendo das condições de trabalho, podem apresentar formas peculiares e especiais de adoecimento. Exemplificando, um trabalhador de 44 anos, de família de hipertensos, sedentário, obeso, que trabalha em uma indústria de cerâmica, exposto à poeira de sílica, além de ter possibilidades de também ser hipertenso, poderá vir a desenvolver uma silicose. Neste caso, é possível identificar a doença específica, decorrente da condição peculiar de exposição à sílica. No entanto, o mesmo trabalhador, se em vez de trabalhar em uma indústria de cerâmica, trabalhasse em uma atividade estressante, que exigisse jornadas de trabalho prolongadas e atenção constante, poderia vir a desenvolver uma hipertensão arterial em idade mais precoce e de forma mais agressiva em relação aos seus antepassados, e, portanto, com mais repercussões sobre sua qualidade de vida, funcionalidade e capacidade de trabalho.

Neste caso, a hipertensão arterial, de forte componente hereditário, relacionada a outras características físicas e socioculturais, como a obesidade e sedentarismo, seria também potencializada por condições de trabalho.

(16) LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

Tratar-se-ia assim, de uma hipertensão arterial relacionada às condições de trabalho, que teriam contribuído para sua ocorrência. Essas mesmas condições laborais poderiam ser também um fator de agravamento de doença hipertensiva existente. Segundo a classificação de *Schilling*⁽¹⁷⁾, a silicose é classificada na categoria I, na qual enquadram-se as doenças determinadas pelo trabalho, como causa necessária. São as chamadas doenças profissionais, cuja causa pode ser estabelecida em uma equação relativamente simples de causa-efeito. Já a hipertensão arterial é uma doença classe II, na qual encontram-se aquelas determinadas por múltiplos fatores, entre os quais o trabalho que, nesse caso, entra como fator contributivo do adoecimento ou de seu agravamento. Nessa classe de doença encontram-se centenas de expressões do adoecimento, descritas em manual do Ministério da Saúde, tais como, neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, transtornos psíquicos, doenças musculoesqueléticas, entre tantas outras. Também é extremamente complexa a avaliação da incapacidade, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a “perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica e anatômica”. Tradicionalmente a incapacidade foi abordada como um problema individual da pessoa em um determinado estado de saúde ou acometida por uma doença ou lesão. A intervenção considerada necessária era restrita ao campo de atuação da medicina. No entanto, a partir dos anos 1970, a abordagem foi ampliada, vários outros aspectos passaram a ser considerados, e a incapacidade passou a ser vista não como um atributo individual, mas dentro de um contexto de condições, criadas ou agravadas pela sociedade. O nível e a qualidade de intervenção ampliaram-se, do campo restrito da medicina, para a necessidade de mudanças sociais e acolhimento nos diversos espaços de reinserção física, psicossocial e profissional. Essa abordagem ampla norteia a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), desenvolvida pela OMS⁽¹⁸⁾. A título de exemplo, considere-se um trabalhador com *diabetes mellitus*. O simples diagnóstico da doença não é suficiente para avaliar sua incapacidade para o trabalho. Se o paciente com *diabetes mellitus* for oligossintomático, isto é, apresentar poucos sintomas, muito provavelmente não apresentará limitações funcionais em seu cotidiano, podendo manter suas atividades gerais, entre as quais, as de trabalho. Isto, se o trabalho, pelo menos, lhe permitir fazer as refeições nas horas programadas. No entanto, se o mesmo paciente com *diabetes mellitus* apresentar agravamento dos sintomas, provavelmente ele só conseguirá manter-se socialmente participativo se os espaços sociais, entre eles o laboral, lhe forem

(17) A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: DIAS, E. C. (Org.). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. p. 27-36 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

(18) OMS — Organização Mundial de Saúde. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. OMS, 1980. p. 51-78.

acolhedores. Embora essa necessidade seja de fácil compreensão, na realidade das empresas e no mundo do trabalho contemporâneo — no qual os tempos são otimizados ao máximo e as exigências são grandes — o espaço efetivo para os trabalhadores com limitações funcionais é reduzido. Para seguir com o exemplo citado, uma pessoa com *diabetes mellitus* com sintomas importantes, provavelmente terá capacidade de trabalho diminuída, precisará comparecer a consultas médicas, fazer tratamento de manutenção, o que significa de fato, absenteísmo ou menos horas trabalhadas. Essa situação pode ser um grande fator de exclusão, inicialmente temporária, mas, podendo evoluir para uma situação permanente, caso as condições para a reinclusão real não ocorram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este caso mostra que sentenças judiciais de primeira instância podem ser alteradas em nível superior, à luz do aprofundamento e da diversificação dos aspectos analisados por parte do juízo. No caso apresentado e discutido, os votos das juízas relatora e revisora foram alterados após uma nova reflexão motivada pelo pedido de vistas do terceiro juiz em recurso ordinário no TRT.

De um médico, nomeado perito em um processo judicial, espera-se um empenho exaustivo para levantar informações relevantes e estudos recentes sobre os temas em questão e a exposição técnico-científica dos fatos, com a apresentação de todos os elementos, de forma a propiciar a ocorrência de um julgamento adequado. Após essa exposição panorâmica e ao mesmo tempo aprofundada, cabe ao médico perito, à luz de sua experiência e conhecimento, concluir, no caso de uma ação trabalhista envolvendo adoecimento, pela existência ou não do adoecimento, da incapacidade e do nexos causal entre o quadro clínico e as condições de trabalho. É de fundamental importância, que estas importantes atribuições considerem os diversos aspectos, não só estritamente médicos, mas os psicológicos e sociais, entre os quais o ambiente e organização do trabalho. Embora o médico perito goze da confiança do juízo, este não é obrigado a acatar a conclusão do perito. Frequentemente, o que se observa é um certo grau de confusão das atribuições do médico perito, que negligenciando o objetivo de dar uma visão ampla ao juízo que o nomeou, apressa-se em emitir a sua opinião, não ponderando outras questões que eventualmente poderiam ser valorizadas pelo juiz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAMT — Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Estatuto da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/documentos/estatuto_1997.pdf>.

A INVESTIGAÇÃO das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: Dias, E. C. (Org.). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. p. 27-36 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BINDER, M. C.; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso? In: MENDES, René (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 769-808.

_____.; CORDEIRO, R. C. Subnotificação de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p., 409-416, 2003.

CFM — Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.851, de 14 de agosto de 2008. Altera art. 3º da Resolução CFM n. 1658, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências, de 20 de dezembro de 2002. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, de 18 de agosto de 2008. Seção I, p. 256.

CONCEIÇÃO, P. S. A.; NASCIMENTO, I. B. O.; OLIVEIRA, P. S.; CERQUEIRA, M. R. M. Acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 111-117, 2003.

CREMESP — Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP n. 126, de 17 de outubro de 2005. Dispõe sobre a realização de perícia médica e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. Poder Executivo, São Paulo, SP, de 19 de novembro de 2005. Seção I, p. 172.

_____. Resolução CREMESP n. 167, de 25 de setembro de 2007. Altera art. 8º da resolução CREMESP n. 126, sobre perícia médica, de 17 de outubro de 2005. *Diário Oficial do Estado*. Poder Executivo, São Paulo, SP, de 12 de fevereiro de 2008. Seção I, p. 176.

INSTITUTO Nacional do Câncer — INCA. Formol ou formaldeído. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=795>. Acesso em: 08 maio 2009.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976. 744 p.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

OMS — Organização Mundial de Saúde. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. OMS, 1980. p. 51-78.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes do trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

TEIXEIRA, M. G.; PENNA, G. O.; RISI, J. B.; PENNA, M. L.; ALVIM, M. F.; MORAES, J. C.; LUNA, E. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. SUS*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1105-1115, 2006.

AGRADECIMENTOS

Especiais agradecimentos ao
Dr. Antonio José de Arruda Rebouças,
advogado especialista em Previdência Social.